FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CRESTINU, Jacques, Marin,

O. R. L. Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris.

Né le 3 Mars 1940, à Bucarest (Roumanie).

Présentée et soutenue publiquement le

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES AFFECTIONS DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE EN DEHORS DES CONSTRICTIONS DES MÂCHOIRES.

Président : Mr. Maurice AUBRY, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)
1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CRESTINU, Jacques, Marin,

O. R. L. Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris.

Né le 3 Mars 1940, à Bucarest (Roumanie).

Présentée et soutenue publiquement le

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES AFFECTIONS DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE EN DEHORS DES CONSTRICTIONS DES MÂCHOIRES.

Président : Mr. Maurice AUBRY, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6e)
1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS,

Que leurs multiples sacrifices soient ici récompensés.

A MON ONCLE,

le Docteur André CLEPER,

Ophtalmologiste,

Professeur à l'Ecole d'Anthropologie,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qu'il reçoive ici toute ma reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523711_0041

A Monsieur le Professeur Maurice AUBRY

Membre de l'Académie de Chirurgie

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris

qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse,

notre admiration respectueuse.

A Monsieur le Professeur Agrégé Paul PIALOUX

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

qui a eu l'amabilité de nous accepter dans son Service à un moment critique de notre spécialisation,

qu'il trouve ici notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Fernand BÉRARD

Oto-rhino-laryngologiste honoraire des Hôpitaux de Paris

Oto-rhino-laryngologiste
de l'Hôpital International de l'Université de Paris

le premier qui nous a accepté et guidé dans la spécialité, qui nous a conseillé et soutenu continuellement ;

qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance, de notre respect et de notre attachement.

A Monsieur le Docteur André DUPUIS

Chirurgien maxillo-facial de l'Hôpital Foch

Membre titulaire
de la Société de Chirurgie Plastique et Réparatrice

qui a eu l'extrême amabilité
de nous confier ce travail ;

qu'il trouve ici tous nos
remerciements obligés, ainsi
que l'expression de notre
plus profonde estime, profes-
sionnelle et humaine.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX

dont nous avons eu l'honneur d'être l'Interne

Monsieur le Docteur Robert LACOURBE

Médecin directeur
de l'Hôpital International de l'Université de Paris

Chef du Service de Médecine 6e

Par ses qualités humaines, il nous a montré la juste voie de la Médecine, il nous a soutenu dans de nombreux moments critiques, il nous a toujours aidé.

Qu'il trouve ici notre obligeance la plus dévouée.

Monsieur le Professeur Agrégé François DUBOIS

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital International de l'Université

Par ses qualités professionnelles, nous a révélé, le premier, le goût de la chirurgie ;

Qu'il trouve ici notre admiration.

Monsieur le Docteur Jean-Pierre DEMALDENT

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Joseph

qui nous a conseillé avec chaleur et compétence,
profonds remerciements.

Monsieur le Docteur Alain GASTON

Laryngologiste honoraire de l'Hôpital Saint-Michel

Président du 51e Congrès Français
d'Oto-rhino-laryngologie

qui nous a toujours guidé et
soutenu les initiatives,
toute notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Claude GODDÉ

Laryngologiste de l'Hôpital N.-D. du Perpétuel Secours

dont nous avons admiré la maîtrise,
profonds remerciements.

Monsieur le Docteur Jean BOUCHE

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Chef des Services d'Oto-rhino-laryngologie
et de Chirurgie maxillo-faciale et plastique
de l'Hôpital Foch

qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Olivier JOUVE

Chef du Service de Chirurgie générale de l'Hôpital Foch

Pour son amabilité et sa chaleur
humaine, notre profond respect.

Monsieur le Docteur Jean KUNLIN

Chirurgien vasculaire de l'Hôpital Foch

Pionnier et Maître de la spécia-
lité,
notre respectueuse pensée.

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS ASSISTANTS

Docteurs Philippe TRIC et Hubert ASSELOT

Médecins assistants de l'Hôpital International.

Docteurs Gérard de LA VAISSIERE et Alain VUILLIEME

Chirurgiens assistants des Hôpitaux
et de l'Hôpital International.

Docteur P. CHALLIER

Médecin anesthésiste de l'Hôpital International.

Docteur J. GANDON

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux
(ex-O.R.L. adjoint du Service du Docteur BERARD,
à l'Hôpital Tenon)

Maître incontesté de la chirurgie du cou.

Docteur Paul PUNCET

Laryngologiste assistant des Hôpitaux de Paris,

Laryngologiste adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph
et de la Fondation Curie,

Qui nous a fait connaître les secrets de la cancérologie cervico-faciale.

Docteur Daniel SEGUIN

Laryngologiste assistant de l'Hôpital Saint-Michel

Docteur Charles FRECHE

Laryngologiste assistant des Hôpitaux de Paris
et de l'Hôpital Foch

dont nous avons admiré la
maîtrise dans toutes les
branches de la spécialité.

Docteur L.C. MERVILLE

Chirurgien maxillo-facial de l'Hôpital Foch

auprès duquel nous avons appris
de nombreux secrets de cette
chirurgie d'exception et auquel
nous portons une admiration
profonde.

Docteurs Alain PAJOT et Jacques TESTART

Chirurgiens assistants de Chirurgie générale et vasculaire
de l'Hôpital Foch

qu'ils trouvent ici notre
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Serge HERBOLD

Laryngologiste assistant de l'Hôpital International

qui le premier nous a encouragé
dans la voie de la spécialité,
notre reconnaissance et notre
sincère amitié.

AUX CHIRURGIENS MAXILLO-FACIAUX ET PLASTIQUES

auprès desquels nous avons enrichi nos connaissances

- le Docteur Paul TESSIER, Chef du Service de Chirurgie Plastique et des Brûlés de l'Hôpital Foch,
- et ses Assistants, les Docteurs Jean-Paul DELBET et Jacques PASTORIZA.
- le Docteur Jean POLLET.
- le Docteur Gilbert SENECHAL, O.R.L. des Hôpitaux de Paris.
- le Docteur Marcel PALFER-SOLIER, Chirurgien maxillo-facial à Lariboisière.
- le Docteur Guy JOST, O.R.L. des Hôpitaux de Paris.
- le Docteur Jean DAUTREY, Chirurgien maxillo-facial à Nancy.
- le Docteur Michel FLORENTIN, Chef du Service de Chirurgie infantile de l'Hôpital Saint-Michel.
- le Docteur J.-P. FOMBEUR, Chef du Service d'O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Saint-Michel.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT :

- de l'Hôpital International,
- des Hôpitaux Privés de Paris,
- de l'Hôpital Foch.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES AFFECTIONS DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

EN DEHORS DES CONSTRICTIONS DES MÂCHOIRES.

PLAN D'ENSEMBLE

I - LESIONS AIGUES.

A)- Arthrites aiguës.

B)- Contusions articulaires.

C)- Fractures articulaires.

D)- Luxations :

1°- Antérieures dynamiques bloquées.
2°- Postérieures et latérales.
3°- Luxations avec fractures.
4°- Luxations anciennes bloquées.

II - LESIONS SUBAIGUES.

Nous étudierons ici les luxations récidivantes.

III - LESIONS CHRONIQUES.

A)- Atrophies condyliennes.

B)- Hypertrophies condyliennes.

C)- Arthrites chroniques : - d'origine générale,
- loco-régionale.

D)- Luxations antérieures dynamiques sans blocage.

E)- Arthroses : de variétés mal définies, dont la symptomatologie se confond en grande partie avec certaines arthrites chroniques. Nous les retrouverons juxtaposées ou confondues quand nous décrirons les différents moyens de les traiter.

IV - CONCLUSIONS.

- I -

LÉSIONS AIGUËS

A/- ARTHRITES AIGUES.

Leur diagnostic est fait sur le trépied fondamental :

- douleurs,
- limitation des mouvements,
- tuméfaction de la région articulaire,

associé à des signes généraux plus ou moins importants suivant l'étiologie, qui peut être loco-régionale ou générale.

1)- ACCIDENTS LOCO-RÉGIONAUX.

Les atteintes isolées primitives de l'articulation temporo-maxillaire sont rares.

Les traumatismes ouverts de la région sont fréquents au cours des conflits, plus rares au cours des accidents de la voie publique ou du travail. Ils sont évidents.

Les causes thérapeutiques ne sont pas exceptionnelles. A la suite d'injection de médicaments divers pour traitement d'une lésion articulaire chronique, il peut se produire soit une surinfection par manque d'asepsie au moment de l'injection, soit une réaction d'intolérance articulaire au médicament injecté.

Les surinfections par propagation d'une infection de voisinage :

Les plus fréquentes sont les complications d'o-

tites ou de mastoïdites non traitées ; elles étaient courantes chez l'enfant et aboutissaient à l'ankylose temporo-maxillaire ; elles sont rares de nos jours.

Les complications de phlegmons péri-maxillaires,
d'ostéomyélites,
de phlegmons diffus de la face,
de parotidites suppurées,
de phlegmons de la fosse ptérygo-maxillaire.

Autrefois fréquentes chez l'adulte, elles sont devenues exceptionnelles.

2)- ACCIDENTS GÉNÉRAUX.

Les accidents locaux isolés d'une maladie générale méconnue sont exceptionnels à titre de premier symptôme.

1- L'arthrite gonococcique aiguë peut être en cause. Elle est rare dans une forme mono-articulaire.

Elle peut être pseudo-phlegmonneuse ou hydarthrosique. Elle s'associe à des signes généraux.

Sans traitement, elle peut évoluer vers la suppuration franche. Le diagnostic ne peut reposer que sur les antécédents, le séro-diagnostic ou la bactériologie.

2- Le rhumatisme articulaire aigu : ici aussi, l'atteinte de la temporo-maxillaire est rare, mais non exceptionnelle. D'autres articulations sont habituellement atteintes.

Traitement préventif

Pour éviter les arthrites médicamenteuses :

- On s'abstiendra de pratiquer des injections intra-articulaires non indispensables.

- On veillera, au moment d'une quelconque injection, à ce qu'une asepsie rigoureuse soit observée ;

le lieu de l'injection sera rasé et aseptisé.

- On évitera les injections isolées de corticoïdes qui pourraient, sans antibiotiques, exacerber une lésion inflammatoire chronique.

- On s'assurera que le patient n'est pas allergique au produit injecté.

Les arthrites d'origine loco-régionale seront prévenues grâce au traitement actif des lésions de voisinage; en particulier, les otites et mastoïdites seront traitées suffisamment tôt et longtemps pour éviter les complications.

Les phlegmons périmaxillaires et les parotidites aiguës suppurées seront drainés avant que des fusées infectieuses se soient propagées vers l'articulation temporo-maxillaire.

Le traitement proprement dit comporte la mise au repos des articulations :

- en prescrivant une alimentation liquide et, suivant la gravité des lésions,

- en réalisant une immobilisation de la mandibule, à l'aide soit :
  . d'une fronde, dans les lésions bénignes,
  . d'un blocage intermaxillaire dans les lésions graves.

Le traitement est ensuite adapté en fonction de l'étiologie. La prescription d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et d'antibiotiques est de règle.

L'antibiothérapie est générale, parfois locale. Un antibiogramme et une résistance des germes aux antibiotiques, s'ils ont pu être identifiés, sont toujours précieux, mais pas toujours réalisables.

Des anti-allergiques sont prescrits, si nécessaire.

Dans les cas avec tuméfaction, rougeur et fluc-

tuation, on peut pratiquer une ponction, qui est aveugle, difficile à réaliser. Elle permet rarement d'évacuer la collection, si elle existe. Nous lui préférons l'intervention exploratrice avec arthrotomie et drainage. Elle est réalisée facilement sous anesthésie locale ou générale. Le drainage doit être laissé jusqu'à ce que la collection soit tarie, mais un temps minimum (24 h.) pour éviter une ankylose qui peut être redoutée s'il existe une destruction des cartilages articulaires, l'inflammation jugulée. La mandibule doit être libérée ; les mouvements de mastication sont progressivement autorisés.

Ultérieurement, il existe souvent une limitation d'ouverture buccale qui peut être traitée grâce à une mécanothérapie prudente, à l'aide d'un ouvre-bouche de Darcissac ou de Ginestet.

B/- CONTUSIONS ARTICULAIRES.

Elles surviennent en général à la suite d'un traumatisme. Aucune fracture n'a pu être isolée dans la région, aussi bien au niveau du condyle qu'au niveau de la cavité glénoïde ; mais le patient présente une articulation douloureuse avec limitation d'ouverture buccale.

Ces troubles peuvent être dus à des lésions péri-articulaires : oedème, déchirures ligamentaires ou musculaires, à une hémarthrose.

Ces lésions sont habituellement sans gravité ; elles sont justiciables :

- d'antalgiques,
- d'anti-inflammatoires ;
- l'articulation est mise au repos.

Dans les cas les plus accentués, il est conseillé de réaliser une infiltration péri-articulaire de Novocaïne, comme l'avait prescrit LERICHE pour les autres traumatismes articulaires.

La guérison est de règle en quelques jours sans séquelles ; mais dans les traumatismes plus importants, il peut persister des craquements, des douleurs résiduelles avec limitation d'ouverture buccale. Une arthrite chronique s'installe, se transforme secondairement en arthrose.

C/- LES FRACTURES ARTICULAIRES.

Bon nombre de traumatismes faciaux se soldent par des fractures de la mandibule.

Les fractures de la région articulaire sont nombreuses. Elles peuvent intéresser :

- le segment osseux inférieur mobile de l'articulation : condyle et région sous-condylienne haute et basse ;
- le segment supérieur, fixe : cavité glénoïde et sa région.

TRAITEMENT DES FRACTURES CONDYLIENNES

Nous rappellerons en premier les traitements proposés pour traiter les fractures condyliennes extra- ou intra-articulaires. Ils se ressemblent, quel que soit leur type.

Traitements orthopédiques

Leur principe consiste à rétablir l'articulé dentaire grâce à des tractions intermaxillaires. Des arcs ou des gouttières munies de crochets sont fixés sur les dents à l'aide de ligatures pérodentaires ou par scellement. Les tractions permettent de rétablir l'occlusion centrique en quelques heures ou quelques jours.

GINESTET et ses élèves créent une hypercorrection en plaçant une cale en liège entre les dernières molaires du côté fracturé, ce qui donne de la hauteur

à la branche montante, donc plus d'efficacité aux tractions.

Cet artifice permet, dans certains cas, la reposition du condyle, ce qui est impossible autrement. Après 24 ou 48 heures, la cale est retirée ; les dents sont alors engrenées en occlusion centrique.

Quelques auteurs maintiennent les tractions élastiques jusqu'à consolidation ; d'autres préfèrent les remplacer par un blocage intermaxillaire au fil d'acier pour quinze jours à un mois, variable en fonction de l'âge et du type de fracture.

La période de blocage est suivie de mobilisation passive prudente. S'il persiste des troubles de l'articulé ou une latéro-déviation à l'ouverture buccale, des tractions élastiques sont maintenues entre les repas jusqu'à obtention d'une stabilité de l'occlusion.

Cette thérapeutique orthopédique, avec ses diverses variantes, a le suffrage de la majorité des auteurs.

Traitements chirurgicaux

= Les réductions sanglantes avec voie d'abord cutanée et passage de fils de synthèse ont été proposées. Elles semblent de réalisation difficile : les résultats sont aléatoires. Ces techniques semblent peu utilisées.

= Les brochages par voie sous-angulo-maxillaire ont été proposés et réalisés par l'école toulousaine (CADENAT). Les indications de cette technique sont peu fréquentes. La réalisation en est délicate. Nous n'en avons pas l'expérience ; les auteurs qui l'utilisent semblent satisfaits.

= Les résections de têtes condyliennes peuvent être indiquées en cas de fractures avec gros déplacements de la tête et troubles articulaires secondaires.

Sur une statistique de plusieurs centaines de cas, notre préférence va presque toujours au traitement orthopédique par blocage intermaxillaire avec ou sans cale.

Les quelques cas où le traitement a été réalisé par voie sanglante pré-auriculaire ont abouti dans l'ensemble à de moins bons résultats que des cas analogues traités orthopédiquement. Dans un cas, il a même été nécessaire de réséquer secondairement la tête condylienne fracturée. (André DUPUIS)

Que la fracture soit intra- ou extra-articulaire, nous pouvons considérer que le traitement doit être identique. Dans les fractures intra-articulaires, on limite au maximum la durée du blocage - 15 jours -, mais il est nécessaire de maintenir les tractions élastiques entre les repas jusqu'à ce que l'articulé reste bon et stable.

Dans les fractures condyliennes négligées qui sont fréquentes, les patients viennent consulter pour troubles de l'articulé : latéro-déviation dans les fractures unilatérales, béance et rétrognathie dans les fractures bilatérales.

Si le traumatisme ne remonte pas à plus de trois mois, on essaie les tractions élastiques intermaxillaires à l'aide d'arcs ou de gouttières. Au besoin, les tractions sous anesthésie générale avec Penthotal-curare pour supprimer toute contraction musculaire nuisible sont à conseiller.

A l'occasion, on peut utiliser les tractions continues à l'aide d'une anse trans-osseuse symphysaire, comme le fait DE SADA.

On est le plus souvent surpris de retrouver peu à peu un articulé et un profil normaux.

Après ces délais, la récupération est presque toujours impossible et le patient est à traiter comme s'il s'agissait d'une malformation congénitale des mâchoires.

Chez les édentés, il est impérieux de réduire la fracture pour limiter la diminution de hauteur de la branche montante qui fait perdre l'espace libre entre les crêtes alvéolaires du haut et du bas dans la région molaire, du côté fracturé, rendant la confection et l'utilisation ultérieures des prothèses dentaires impossibles.

Il est nécessaire de placer dans la cavité buccale du patient des bourrelets d'articulé en haut et en bas (Les prothèses, si elles existent, peuvent convenir.) et de les cercler sur les maxillaires supérieurs selon la technique de Black Ivy.

Des crochets mis en place sur les prothèses permettent un blocage intermaxillaire. On se retrouve dans le cas du patient ayant toutes ses dents sur les arcades.

Les fractures condyliennes bien traitées laissent habituellement peu de séquelles. Les raideurs articulaires avec limitation d'ouverture buccale sont de règle dans les mois qui suivent l'accident ; mais, peu à peu, les patients retrouvent une mobilité normale de la mandibule. Les mouvements de latéralisation sont les plus lents à récupérer. Parfois, s'installe une arthrite chronique avec craquements, douleurs et limitation d'ouverture ; mais ces cas ne représentent qu'un faible pourcentage des accidentés. Nous verrons comment les traiter, au chapitre de l'arthrite chronique et de l'arthrose.

Dans quelques cas de fractures intra-articulaires, il se produit une ankylose temporo-maxillaire plus ou moins serrée. Le traitement reste celui que nous avons indiqué dans le fascicule sur les constrictions des mâchoires. Ces quelques cas ne doivent pas être un prétexte pour réséquer systématiquement une tête de condyle fracturée comme traitement initial.

Traitement des fractures de la cavité glénoïde et de sa région.

Ces fractures sont rarement diagnostiquées ; elles sont peut-être moins rares que l'on peut le supposer. (DELAIRE en a rapporté quelques belles observations.).

Le condyle et son col, bien que fragiles, ne se fracturent pas toujours dans les traumatismes. La tête condylienne peut alors jouer le rôle d'un bélier et vient télescoper :

- soit au-dessus de lui la cavité glénoïde, qui est relativement fragile. Cet accident peut se voir surtout chez les édentés postérieurs, parce qu'il n'existe plus de plan d'occlusion pour bloquer l'ascension de la branche montante ;

- soit en arrière où, après s'être luxé, il vient écraser le conduit auditif externe dans sa partie interne.

Les symptômes sont ceux de tous les traumatismes de la région et, devant une impotence mandibulaire totale, les radiographies montrent une absence de fracture condylienne. Les tomographies permettent de faire le diagnostic.

a)- Une fracture avec déplacement vers le haut de la cavité glénoïde implique, si le patient a des dents, des tractions intermaxillaires avec cale entre les dernières molaires pour créer un bras de levier et abaisser autant que possible le condyle en bonne position.

La mise au repos de l'articulation pendant une à deux semaines et une immobilisation prudente de la mandibule pour éviter la formation d'une ankylose temporo-maxillaire.

b)- Dans les fractures du conduit auditif externe, il existe souvent un écrasement de sa partie interne, ce qui implique :

1- la reposition rapide de la tête du condyle, si elle reste luxée en arrière ; nous traiterons cette question en parlant du traitement des luxations.

2- la reposition de la portion antérieure du conduit fracturé avec une spatule calibrée en passant par le conduit auditif externe. Un méchage s'impose pour éviter une atrésie secondaire.

Les fractures associées : condyle, cavité glénoïde, peuvent exister. Elles aboutissent à la dislocation de l'articulation.

Le traitement de ces lésions est complexe ; il ne permet pas toujours d'éviter l'ankylose temporo-maxillaire et se solde alors par une résection de la synostose avec ou sans interposition.

D/- LUXATIONS.

Elles présentent de nombreuses variétés. La classification de BERCHER et FRIEZ nous semble la meilleure. Elle restera notre schéma directeur pour décrire comment traiter ces lésions.

Nous étudierons successivement la thérapeutique :

- des luxations antérieures dynamiques bloquées, réductibles et irréductibles ;
- des luxations postérieures latérales ;
- des luxations avec fractures ;
- des luxations anciennes bloquées.

Nous n'aborderons, par contre, le traitement des luxations antérieures dynamiques sans blocage qu'au chapitre des lésions chroniques. La thérapeutique de cette affection se confond en effet avec celle des arthrites chroniques et des arthroses.

1/- LUXATIONS ANTÉRIEURES DYNAMIQUES BLOQUÉES.

C'est l'accident classique. Il survient brutalement, au cours d'un bâillement, d'une ouverture buccale forcée, avec douleur, craquement et impossibilité de refermer la bouche. Les lésions sont uni ou bilatérales. Elles sont fréquentes chez la femme. Nous n'en reprendrons pas ici la description et le diagnostic.

THÉRAPEUTIQUE

A)- Réduction manuelle.

Elle consiste avant tout dans la réduction manuelle, qui réussit dans 80 % des cas si elle est bien conduite ; c'est la classique manoeuvre de NELATON.

Le praticien se place face au malade assis. Il introduit les pouces dans la cavité buccale, face palmaire sur les cuspides molaires des deux hémiarcades dentaires. Les autres doigts extra-buccaux empaument les branches horizontales du maxillaire. Il est bon de placer une compresse pliée entre les pouces et les cuspides dentaires, pour éviter de se blesser. Dans un premier temps, on abaisse la symphyse, ce qui aggrave la béance et permet de lever partiellement la contracture musculaire. Dans le second, on tente de réaliser la rétropulsion et de replacer la tête du condyle dans sa glène.

Cette manoeuvre est excellente dans les luxations bilatérales ; mais nous préférons agir de façon différente dans les luxations unilatérales, selon la technique de DUPUIS :

Technique personnelle :

Le patient est assis sur un tabouret, la tête calée sur le thorax de l'opérateur qui se place en arrière de lui. La main du côté de la luxation est placée comme dans la manoeuvre de Nélaton ; la seconde saisit la région symphysaire. La réduction s'opère

alors de la façon suivante. Une main tient la symphyse ; le pouce, faisant pression sur le bloc incisif inférieur, réalise l'ouverture buccale forcée. Puis, l'autre main exerce, au niveau de la région molaire du côté luxé, une forte pression de haut en bas pour lutter contre la contraction musculaire des muscles élévateurs et abaisser la branche montante. Le condyle, dégagé du tubercule articulaire, reprend sa place dans la cavité glénoïde.

Avant de réaliser une de ces deux manoeuvres, nous conseillons de lutter :

1°- contre l'angoisse, qui est de règle quand il s'agit d'une première luxation, en prescrivant avant la réduction une prémédication ;

2°- contre la contracture musculaire, en donnant des décontracturants, type Isocurine*, Décontractyl*. Si elle reste trop importante, il est bon de réaliser, du côté de la luxation ou des deux, une anesthésie régionale du nerf dentaire au niveau du trou ovale, en injectant par voie trans-sigmoïdienne quelques centimètres cubes de Novocaïne ou de Xylocaïne sans Adrénaline. La réduction peut être tentée dix minutes après l'injection ; elle est souvent grandement facilitée.

On peut essayer un attouchement par voie nasale du ganglion sphéno-palatin, comme l'a proposé DECHAUME dans les trismus ; le résultat obtenu devrait être analogue. JOHNSON utilise une injection de Cédocaïne dans l'articulation luxée.

Si la réduction est impossible, elle doit être tentée sous anesthésie générale. Cette dernière pour être efficace doit aboutir à une résolution musculaire totale.

Les chances de succès dans les manoeuvres de réduction diminuent au fur et à mesure que s'allonge le délai entre l'heure de la luxation et celle de la manoeuvre thérapeutique. Trois jours semblent un

maximum au-delà duquel l'échec est probable.

B)- Traitement chirurgical.

Il est indiqué après l'échec des méthodes orthopédiques.

Deux solutions sont possibles :
- les tractions au niveau de l'angle mandibulaire,
- la réduction sanglante intra-articulaire.

1)- Les tractions sur l'angle mandibulaire.

Dans cette technique, l'opérateur place, sous anesthésie locale ou mieux générale, une anse transosseuse au niveau de l'angle mandibulaire.

Pour ce faire, on utilise une voie d'abord sous-angulo-maxillaire et, après avoir découvert et ruginé les deux faces de l'angle mandibulaire, un trou est foré à la fraise. Il permet de passer un fil d'acier de 5/10 de mm. Ses deux chefs sont ressortis à la peau vers le bas. Les différents plans de pénétration muqueux, musculaire et cutané sont suturés.

En s'aidant d'une pince de Kocher ou de Doyen, il est facile d'exercer une traction vers le bas et d'abaisser la tête du condyle d'une manière plus aisée et en déployant une force beaucoup plus importante que dans la classique manoeuvre de Nélaton. Quelquefois, il est ainsi possible de réduire la luxation.

En cas d'échec, des tractions continues, par l'intermédiaire d'élastiques prenant point d'appui sur une potence fixée sur un casque, ont pu être préconisées ; cette technique s'apparente aux tractions continues de LENORMAND et DARCISSAC. Elles sont, à notre avis, peu recommandables, pour de multiples raisons :

- elles mettent le moral du patient à rude épreuve ;

- elles sont très inconfortables ;
- leur action ne peut être que lente ;
- le succès est très aléatoire, en raison d'un obstacle intra-articulaire qui a déjà empêché l'action des autres techniques mises en oeuvre;
- fait plus grave, en cas de succès, ces réductions très difficiles sont vouées à la récidive.

Ces motifs conjugués nous font préférer l'abord chirurgical de l'articulation luxée.

2)- L'intervention au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

= Voie d'abord :

L'exploration de la cavité articulaire peut se faire sous anesthésie locale. De fait, l'anesthésie générale avec intubation nasale avec Penthotal-curare nous semble indispensable.

L'articulation est découverte par voie latérale, comme dans toute la chirurgie de cette région ; l'obstacle majeur est constitué par le nerf facial, qui cravate le col du condyle. Il doit être respecté à tout prix. Parmi les quelque soixante variétés d'incisions décrites, sont utilisées le plus souvent:

- Celle de DUFOURMENTEL, qui suit la ligne d'insertion du pavillon de l'oreille en avant du tragus. Elle laisse peu de trace, mais oblige à passer en arrière du paquet vasculo-nerveux auriculo-temporal, ce qui peut être une gêne dans les luxations difficiles à réduire.

- Celle de DINGMAN , qui ressemble à la précédente, mais qui descend largement au-dessous du lobule. Nous la rejetons, considérant qu'une incision de 7 à 8 cm est inutile pour aborder une articulation temporo-maxillaire.

- Celle d'AUBRY et PALFER, partiellement endaurale. Le bistouri sectionne la paroi antérieure du

conduit auditif de bas en haut, puis passe entre le tragus et la racine antéro-supérieure du pavillon de l'oreille, remontant oblique en avant et en haut sur 2 à 3 cm.

- Celle de GINESTET. Elle passe, verticale, à 1 cm. en avant du tragus sur 2 cm. ; elle s'incurve ensuite, oblique à 45° en avant sur 2 à 3 cm. Cette dernière technique a notre préférence. Elle permet le plus souvent de passer en avant du paquet vasculo-nerveux temporal sans le ligaturer et donne, si besoin est, un excellent jour vers l'avant, au-delà du tubercule articulaire, nécessité souvent impérative.

= Arthrotomie :

Quelle que soit l'incision utilisée, l'opérateur doit rechercher le repère essentiel représenté par la racine postérieure du zygoma. En-dessous, il retrouve la cavité glénoïde déshabitée. La capsule articulaire plus ou moins remaniée est alors individualisée. Elle est ouverte horizontalement d'arrière en avant, à 2 mm. environ en-dessous de la saillie zygomatique. La cavité articulaire contient quelquefois le ménisque, ce qui est rare. La tête du condyle, toujours absente, doit être recherchée plus en avant, au-delà du tubercule articulaire. Sa découverte peut être difficile.

= Remise en place de la tête condylienne :

Ce temps peut être difficile, même avec un relâchement musculaire complet.

La tête du condyle est bloquée en haut et en avant du tubercule zygomatique antérieur. Il est parfois possible de luxer la tête vers le bas et vers l'arrière en s'aidant d'une rugine de Sébileau. La rugine de Ginestet donne un meilleur bras de levier, donc plus de force. La rugine coudée de Dupuis, créée pour découvrir le bord basilaire du maxillaire dans la chirurgie des prognathismes, peut parfois être introduite en arrière du col du condyle. Sa courbure permet de raser le plan osseux, ce qui protège le facial.

On doit éviter :

a)- de léser les surfaces articulaires du condyle ou de la cavité glénoïde ;

b)- de fracturer le col du condyle qui est relativement fragile.

On peut s'aider : soit d'une traction vers le bas, réalisée à l'aide du fil d'acier placé comme décrit précédemment au niveau de l'angle mandibulaire,

à l'aide du crochet à malaire de Ginestet qui est placé sur l'échancrure sigmoïde par voie trans-cutanée.

Un assistant peut également, par voie endo-buccale, réaliser la manoeuvre de Nélaton.

Ces différents procédés permettent en général de remettre le condyle en bonne position. A ce stade, se pose le problème du ménisque :

1- Il a pu rester in situ dans la cavité glénoïde. Une méniscopexie pourrait être envisagée. Nous en reparlerons un peu plus loin.

2- S'il a suivi la tête condylienne, il est habituellement retrouvé entre condyle et tubercule articulaire, libéré de ses attaches postérieures, plus ou moins pelotonné sur lui-même ou déchiré ; il fait obstacle au passage du condyle et doit être retiré pour permettre la réduction.

Décrivons ces deux techniques :

- La méniscectomie :

Le ménisque est saisi à l'aide d'une pince de Kocher, puis libéré de ses attaches restantes en dehors, puis en dedans à l'aide soit de ciseaux courbes, soit du couteau à ménisque de Ginestet.

Il est retiré en un ou plusieurs fragments, selon les cas. Ce temps entraîne une hémorragie veineuse qui se tarit après quelques minutes de compression.

La tête du condyle est alors remise en place,

généralement sans grande difficulté.

La cavité articulaire doit être soigneusement vérifiée, pour éviter de laisser, surtout en dedans, un fragment du ménisque.

La capsule articulaire est suturée avec deux ou trois points de catgut.

Un plan de catgut sous-cutané est utile avant la fermeture des téguments, pour éviter une dépression secondaire au niveau de la ligne de suture.

- La méniscopexie :

Proposée par certains, elle a pour but de conserver le ménisque.

Théoriquement, il suffit de le suturer à la périphérie de la cavité articulaire à l'aide d'un catgut.

Les points sont faciles à mettre au niveau du bord externe ; malheureusement, il n'en va pas de même surtout en dedans. La cavité articulaire est hémorragique, l'opérateur ne possède qu'un espace limité au fond d'un entonnoir.

Dans la majorité des cas, le cartilage est abîmé, déchiré, et il a fallu bien souvent le mobiliser, donc le traumatiser un peu plus, pour pratiquer la réduction de la luxation.

Dans ces conditions, la conservation du ménisque nous semble assez chimérique et nous fait préférer la méniscectomie, qui nous semble, d'après beaucoup d'auteurs, le traitement de choix de ces luxations irréductibles.

L'examen des opérés nous semble évocateur, dans cette optique, au même titre que les orthopédistes qui retirent le ménisque du genou quand il est lésé et quand il y a blocage (GINESTET).

= Soins post-opératoires :

Quelle que soit l'intervention pratiquée, aussi bien les manoeuvres orthopédiques que chirurgicales,

la mise au repos de la mandibule nous semble impérieuse.

Ce sera, dans les cas simples de réduction facile, le port d'une fronde, avec alimentation liquide pendant quelques jours,
ou la mise en place d'un blocage intermaxillaire pendant quelques jours sur arcs ou ligatures d'IVY, dans les cas plus graves.

Cette technique est presque indispensable après arthrotomie ; elle s'associe à un pansement compressif, qui met au repos total l'articulation et évite les hématomes post-opératoires et les récidives. Ces dernières sont à craindre, surtout après réduction orthopédique, la cause de la luxation n'étant pas supprimée. La luxation devient récidivante. Cette question nécessite à elle seule un chapitre particulier.

Après méniscectomie, le blocage est levé dans les dix jours. Au départ, il existe une raideur articulaire. Elle s'améliore progressivement et, en quelques mois, l'articulation reprend une fonction subnormale, jeu articulaire compris.

Une luxation traitée par méniscectomie suivie de blocage ne récidive que rarement.

2/- LUXATIONS POSTÉRIEURES.

Elles sont peu fréquentes et font suite à un traumatisme. Ces lésions sont difficiles à concevoir sans fracture du conduit auditif externe. Niées par NELATON, elles ont été étudiées par THIEMS, STEINER et HOEKERT. Les quelques cas que nous avons eu l'occasion d'examiner étaient unilatéraux.

Le diagnostic se fait sur les troubles de l'articulé : retrait de l'arcade inférieure du côté luxé, impossibilité d'ouverture buccale associée à une légère béance. L'hémorragie du conduit auditif externe

est presque constante.

Les radiographies confirment l'examen clinique et permettent de s'assurer qu'il n'existe pas de fractures condyliennes associées.

TRAITEMENT

a)- Traitement orthopédique.

La meilleure thérapeutique consiste à remettre la mandibule en bonne position, grâce à des tractions intermaxillaires par l'intermédiaire d'arcs.

Chez l'édenté, les tractions doivent être réalisées à l'aide de prothèses fixées aux maxillaires supérieur et inférieur, selon les techniques de PAOLI et de BLACK-IVY.

Si les lésions sont récentes, la réduction est en général facile. On ne doit pas omettre de réduire la fracture du conduit auditif associée et remettre en place sa paroi antérieure, comme nous l'avons signalé précédemment.

Dans les luxations postérieures anciennes méconnues ou négligées, les lésions s'organisent rapidement. Mises en oeuvre après une ou deux semaines, les tractions deviennent inefficaces, obligeant à une intervention sanglante.

b)- Traitement chirurgical.

Il consiste :

1- à réséquer la tête du condyle,
2- à remettre la mandibule en bonne position,
3- à réduire la fracture du conduit auditif externe.

1- Résection de la tête du condyle.

On choisit comme voie d'abord l'une de celles décrites pour réséquer le ménisque.

La tête est retrouvée plus ou moins fusionnée à la paroi antérieure du conduit auditif externe.

Après un recul de 7 à 8 semaines, l'opérateur retrouve une véritable synostose. Elle est à traiter comme ankylose temporo-maxillaire.

2- Remise en place de la mandibule en bonne position.

Après résection de la tête condylienne, la mandibule reste en position vicieuse. Les rétractions fibreuses péri-articulaires doivent être levées :

- soit à l'aide de tractions manuelles,
- soit en s'aidant d'une rugine qui fait levier sur la partie haute de la branche montante dans le champ opératoire.

Ce traitement est toujours complété par des tractions intermaxillaires. Elles doivent être maintenues jusqu'à ce que le patient retrouve une occlusion centrique normale, ce qui peut nécessiter 5 à 6 semaines.

Après 2 à 3 semaines, le patient retire les tractions au moment des repas, ce qui facilite l'alimentation et évite les risques de constriction partielle secondaire.

3- Réduction de la fracture du conduit auditif.

L'opérateur refoule le conduit à l'aide d'une spatule mousse, en contrôlant son action dans le champ opératoire. Dans les cas très anciens, la paroi antérieure osseuse du conduit doit être réséquée à la gouge, alors que la paroi cartilagineuse doit être libérée progressivement en réalisant de petites incisions longitudinales parallèles.

La mise en place d'une mèche paraffinée dans le conduit facilite la cicatrisation en bonne position. De fait, les rétractions partielles secondaires semblent inévitables.

3/- LUXATIONS AVEC FRACTURES.

Ces lésions s'observent dans les traumatismes graves de la face.

Sous l'effet du choc, il se produit à la fois une fracture condylienne haute ou basse et une luxation.

La tête du condyle peut théoriquement basculer dans un sens comme dans l'autre. La bascule se fait dans l'ordre de fréquence :

En dedans : il s'agit presque toujours de fractures sous-condyliennes basses ; la tête du condyle se trouve :

- partiellement basculée en haut et en dedans dans la fosse ptérygo-maxillaire, formant un angle de 20 à 30° par rapport au reste de la branche montante ;
- ou totalement luxée dans la fosse ptérygo-maxillaire, formant un angle de près de 90° avec le reste de la branche montante.

En arrière : dans les quelques cas que nous avons pu observer, il existait une fracture sous-condylienne haute. La tête du condyle avait tourné en arrière de 90°, sans effondrer le conduit auditif.

En avant : ces cas sont également exceptionnels (DUPUIS).

TRAITEMENT

C'est avant tout celui des fractures du condyle, avec les particularités suivantes :

Dans les luxations-fractures en dedans

Le traitement orthopédique est indiqué.

Le blocage inter-maxillaire en bonne position donne habituellement d'excellents résultats, mais il

doit, après 2 à 3 semaines, être remplacé par des tractions intermaxillaires qui sont levées entre les repas pour permettre une mobilisation active et passive de la mandibule. Ces tractions doivent parfois être maintenues 6 à 8 semaines, surtout dans les fractures bilatérales, pour éviter latérognathies, béances et troubles de l'articulé.

Dans quelques cas, il se produit une constriction des mâchoires secondaire.

Le traitement est alors celui préconisé dans les ankyloses temporo-maxillaires. Mais l'intervention doit comporter, sous peine de récidive, l'ablation de la tête condylienne fracturée. Elle doit être recherchée très loin en dedans de la cavité glénoïde, donc à proximité de l'orifice d'entrée de la carotide interne au niveau de la base du crâne en avant et du trou déchiré antérieur en dedans et en arrière.

Dans les luxations-fractures en arrière

Ces rares cas sont, à notre avis, une des indications opératoires dans les fractures condyliennes.

La tête du condyle est réséquée. Les séquelles opératoires sont diminuées si l'on peut la remplacer par un bloc de cartilage de veau congelé. Il évite le raccourcissement de la branche montante (DUPUIS).

Dans les luxations-fractures en dehors

La réduction semble théoriquement facile, puisqu'il devrait suffire d'une pression transcutanée externe pour remettre le condyle dans sa loge. Cette technique s'est soldée par un échec, dans le cas que nous avons eu à traiter (DUPUIS).

Une exploration chirurgicale de l'articulation a montré que le ménisque libéré de la plus grande partie de ses insertions s'opposait à la réduction. Son ablation simple a permis la réduction, mais non la contention de la tête condylienne en bonne posi-

tion, ce qui nous a amené, ici encore, à pratiquer sa résection.

Dans les luxations en avant

La résection de la tête condylienne semble, ici encore, la seule thérapeutique à mettre en oeuvre.

4/- LUXATIONS ANCIENNES BLOQUEES.

Nous avons vu comment les traiter, quand elles s'associent à une fracture.

Elles sont rarissimes en l'absence de fracture et ne peuvent pratiquement s'observer qu'en arrière et en avant.

- En arrière, elles s'associent à l'écrasement du conduit auditif. Nous avons décrit la manière de les traiter.

- En avant, elles font suite à une luxation simple antérieure qui n'a pas été diagnostiquée et réduite. Le cas est superposable à la luxation de l'épaule qui a été négligée.

Après quelques jours, les lésions s'organisent, une fibrose engaine le pourtour de la tête condylienne, rendant la réduction simple rapidement impossible.

La seule thérapeutique possible devient chirurgicale.

La reposition du condyle est rarement possible. Sa résection reste la seule thérapeutique possible.

La mandibule ne revient en bonne position qu'après avoir fait céder les brides fibreuses qui se sont formées dans la région pré-articulaire.

Après réduction, des tractions intermaxillaires et un blocage de huit à dix jours sont indispensables si l'on veut retrouver un articulé correct.

Une constriction partielle n'est pas rare après ces accidents qui sont devenus exceptionnels.

- II: -

LESIONS SUBAIGUES

LES LUXATIONS RECIDIVANTES

Une luxation de l'articulation temporo-maxillaire, même correctement réduite et suivie d'une immobilisation suffisamment prolongée, peut récidiver. Elle devient :

- soit irréductible ; elle nécessite alors une intervention chirurgicale sanglante ;

- soit, et c'est le plus fréquent, facile à réduire, mais dans ces cas la récidive est de plus en plus fréquente. Elle constitue une véritable infirmité, même quand le patient réduit lui-même sa luxation.

L'évolution est comparable à celle de la luxation récidivante de l'épaule. Tôt ou tard, la répétition du blocage nécessite un traitement médical ou chirurgical.

TRAITEMENT MEDICAL

A)- Traitements orthopédiques.

La fronde élastique, limitant l'ouverture buccale préconisée par BEURNIER, reste un procédé palliatif d'attente ; il est bon de le connaître ; mais une autre thérapeutique plus efficace devra lui succéder.

La correction de l'articulé dentaire, par meulages ou appareillage ou traitement orthodontique, est

valable dans tous les cas de lésion de l'articulation temporo-maxillaire.

B)- Traitements médicaux.

Les injections péri-articulaires :
d'alcool (SCHULTZ, 1937 ; ARCHER, 1961 ; GENZMER, PERTHE),
ou de teinture d'iode (HAECKER, KOUZETZUY),
ou de salicylate,

cherchent à créer une sclérose de la capsule et de l'articulation.

L'alcoolisation musculaire, préconisée par SICARD, consiste à injecter de l'alcool à 90° au niveau des masséters et des temporaux. Son but est de créer des nodules fibreux intra-musculaires qui joueraient le rôle d'une fronde physiologique limitant l'ouverture buccale. C'est un moyen facile à mettre en oeuvre ; il pourrait être utilisé dans les cas bénins.

C)- Traitements chirurgicaux.

1- La capsuloraphie.

Préconisée par PERTHES et RITTER, son efficacité semble réduite.

2- L'amarrage de la mandibule.

- par des bandelettes d'aponévrose mastoïdienne au temporal et passées à travers une encoche dans le condyle et fixées à la base du zygoma (Bruce C. MARTIN),

- ou par un fil métallique passé à travers l'apophyse coronoïde et amarré à l'arcade zygomatique, semble peu utilisé.

3- La méniscectomie.

Recommandée par LECENE, GERNEZ, ALGLAVE et

DUFOURMENTAL, agit :

- directement, si les lésions méniscales causent ou favorisent la luxation ;

- indirectement, elle est efficace, parce qu'elle donne plus de profondeur à la cavité glénoïde en enlevant le ménisque qui la comble ; par là même, le relief du condyle temporal est augmenté, ou plutôt tout se passe comme s'il était augmenté (GINESTET).

Nous avons décrit cette technique un peu plus haut ; nous la considérons comme très efficace et l'utilisons dans les cas graves avec luxation récidivante non spontanément réductible. Les suites de l'intervention sont sans complication dans les jours qui suivent (DUPUIS).

Le blocage intermaxillaire est indispensable, surtout dans les formes bilatérales. Nous considérons que la mise au repos de la mandibule pendant quelques jours évite les hématomes post-opératoires et permet à la capsule articulaire une cicatrisation sans laxité secondaire excessive, phénomène à notre avis important pour éviter les récidives secondaires.

Dans les mois qui suivent l'intervention, les condyles retrouvent une mobilité subnormale. Quelquefois, on note, au moment de l'ouverture buccale, un léger "froissement" au niveau des surfaces articulaires.

BRUCE C. MARTIN et ses collaborateurs complètent la méniscectomie par une transposition de la partie antérieure du ligament temporo-mandibulaire externe (ou ligament latéral externe). Il est désinséré du tubercule zygomatique antérieur et récliné vers le bas au moment où l'opérateur aborde l'articulation. Le ligament latéral externe proprement dit est ainsi découvert. Ses fibres verticales sont incisées de haut en bas, à l'aplomb de la partie moyenne de l'articulation. La capsule est ouverte, le ménisque est retiré selon la technique classique. La cap-

sule articulaire est suturée, puis le ligament temporo-mandibulaire est suturé en arrière de son insertion primitive, au-dessus de la cavité glénoïde.

Cette technique, de réalisation facile, a pour effet, à l'ouverture buccale, de limiter les mouvements du condyle vers l'avant et semble un complément utile à la méniscectomie.

4- Les butées osseuses.

Cette technique semble avoir été décrite pour la première fois par LINDEMANN, en 1925.

Elle consiste à découvrir l'articulation et le tubercule zygomatique et de tailler un volet aux dépens de l'apophyse transverse. En la basculant vers l'avant, on crée un obstacle qui évite la luxation du condyle dans les mouvements d'ouverture buccale.

L'intervention extra-articulaire est simple. Elle n'est pas toujours efficace. Le coin osseux basculé peut ne pas être assez long, ou bien il peut se déplacer ou tout simplement reprendre sa place initiale.

Ce procédé aujourd'hui abandonné a le mérite d'avoir été la tête de file d'une série d'interventions ayant pour but de créer un obstacle antérieur, destiné à limiter le mouvement anormal du condyle vers l'avant.

Ainsi,

MAUCLAIRE, en 1927, mettait en place au niveau du tubercule articulaire des copeaux de tibia prélevés sur le patient. Le procédé était valable, mais nécessitait une immobilisation de 5 à 6 semaines pour obtenir la consolidation des greffons.

ELBIM utilisait un greffon iliaque et le plaçait dans une brèche verticale taillée à la scie en avant du condyle. Ce procédé est excellent ; il nécessite un prélèvement iliaque.

MAYER, en 1933, prélevait une baguette osseuse au niveau du zygoma et l'insérait dans une tranchée osseuse en avant de l'articulation. Il évitait ainsi le prélèvement, mais créait une section de l'apophyse zygomatique, donc une dépression disgracieuse à ce niveau.

GINESTET, en 1939, évite le prélèvement à distance en prélevant le greffon à la partie haute de l'arcade zygomatique sans rompre la continuité du zygoma.

FREIDEL utilise une technique analogue.

Ces procédés sont bons, à la condition de pouvoir prélever un greffon assez grand et assez épais, ce qui implique l'existence d'un zygoma suffisamment volumineux. C'est rarement le cas, puisque les luxations récidivantes se voient le plus souvent chez des femmes "fluettes" à faible musculature.

Pour cette raison,

AUBRY et PALFER mettent en place une pièce d'acryle préfabriquée. La butée encastrée à force dans une saignée verticale, un peu comme les greffons d'ELBIM ou GINESTET.

La méthode est précise et efficace. Elle présente l'inconvénient de tous les corps étrangers, c'est-à-dire qu'ils peuvent provoquer des phénomènes d'intolérance, des infections ou des névralgies, ce qui peut nécessiter leur ablation.

En fait, toutes ces techniques ont l'inconvénient majeur de réaliser des butées qui ne vont nullement se trouver en face du condyle du maxillaire, mais à l'extérieur de celui-ci. En effet, que ce soient les butées osseuses ou les butées en acryle, elles sont toutes dans le même plan vertical, donc à l'extérieur du condyle du maxillaire, à environ 5 mm. de sa partie la plus externe. Cette particularité pourrait expliquer une partie des échecs constatés après mise en place de butées.

Pour éviter cet inconvénient, FINDLAY de Belfast met en place une broche en acier inoxydable. Elle est "plantée" verticalement dans la partie postérieure du zygoma. Elle doit faire saillie vers le bas, juste en avant de la crête du condyle, dans la moitié externe de la cavité glénoïde. Elle présente la forme d'un L coudé à 110° avec un diamètre de 1,25 mm. Ses extrémités sont arrondies et elle est auto-rétentive.

Quand le condyle entre en contact avec elle, la courte portion horizontale, qui repose dans la gouttière de l'apophyse transverse du zygoma, est poussée de haut en bas grâce à l'action des fibres postérieures du temporal.

Nous n'avons pas l'expérience de cette technique ; elle présente le mérite d'être simple. Le volume de la prothèse est réduit au minimum, ce qui doit limiter les risques d'intolérance. De plus, la butée se trouve juste à l'aplomb de la partie moyenne du condyle.

Le procédé de LECLERC et GIRARD consiste à sectionner verticalement le zygoma en avant de l'articulation, puis à l'abaisser. Mais la section étant verticale, il est difficile de garder le contact osseux après abaissement du zygoma.

Pour éviter cet inconvénient, DAUTREY sectionne obliquement l'arcade zygomatique en avant de sa racine transverse, puis l'abaisse en dehors et la luxe en dedans sous le condyle temporal. La difficulté consiste à ne pas fracturer le zygoma en le luxant, ce qui doit être facile chez le sujet jeune, mais plus difficile à mesure que l'âge des patients va croissant. Cette technique vient en moyenne doubler la hauteur du condyle temporal.

Quelle technique choisir ?

L'énoncé des avantages et des inconvénients de chacun de ces procédés nous fait choisir :

Chez les sujets âgés, qui présentent des capsules articulaires relâchées, des sangles musculaires fragiles et des "os cassants", la méniscectomie avec suture de la capsule articulaire et immobilisation de la mandibule d'une dizaine de jours. Nous n'avons, avec cette technique, constaté aucune récidive, et les troubles articulaires signalés par certains sont pratiquement très limités, voire inexistants (DUPUIS).

Chez les jeunes et ce jusqu'à environ 40 ans, nous nous proposons d'employer la technique de DAUTREY. Elle est la plus anatomique et, pour l'avoir vue exécutée à plusieurs reprises, ainsi que la constatation des résultats sur des sujets anciennement opérés, nous nous comptons parmi ses partisans les plus convaincus. Elle a le mérite d'être simple et logique.

La technique de Bruce C. MARTIN, que nous avons décrite précédemment, devrait, à titre isolé, sans méniscectomie, donner de bons résultats, tout au moins dans les formes frustes dans lesquelles le ménisque n'est pas en cause.

- IV -

LESIONS CHRONIQUES

A/- LES AGENESIES CONDYLIENNES DUES AUX TROUBLES DE DEVELOPPEMENT DE LA REGION CONDYLIENNE.

Le développement des différents os pairs du squelette s'effectue rarement d'une façon absolument symétrique. Cette particularité se retrouve au moyen des deux hémi-maxillaires inférieurs. Une étude morphologique systématique, réalisée chez de nombreux sujets normaux, laisserait apparaître de petites différences de croissance d'un côté par rapport à l'autre. Elles passent souvent inaperçues. Quelques-unes de ces asymétries sont découvertes à la suite d'examens systématiques pratiqués après traumatismes faciaux n'ayant pas occasionné de fractures. Quelquefois, les patients découvrent cette anomalie à la suite de l'accident. Ils viennent consulter par inquiétude ou par esprit revendicatif. Ces cas ne font habituellement l'objet d'aucun traitement, lorsque la déformation est peu accentuée. Il n'en va pas de même quand on se trouve en présence de véritables hémi-atrophies mandibulaires dues à une diminution ou à une absence de développement du cartilage fertile sous-condylien. Ce cartilage conditionne en très grande partie la croissance de l'hémi-mandibule.

Ces affections sont relativement peu nombreuses. Les services spécialisés en examinent quelques dizaines de cas chaque année.

Les lésions sont presque toujours unilatérales, quelquefois bilatérales.

Parmi les différentes étiologies possibles, nous en retiendrons quatre principales :

a- Les troubles de croissance au niveau de la 1ère fente branchiale.

b- Les infections de la région condylienne.

c- Les traumatismes articulaires.

d- Les traitements physiothérapiques appliqués dans la même région.

L'origine des lésions est congénitale pour le premier groupe, alors que les trois autres sont acquises au cours de la croissance.

Traitement prophylactique

Les lésions congénitales ne peuvent être constatées qu'au moment de la naissance. Les progrès de la génétique moderne permettront peut-être un jour de les éviter.

Par contre, les infections du jeune âge sont actuellement presque toutes jugulées grâce aux antibiotiques. Les rhino-pharyngites des nourrissons évoluent beaucoup moins vers ces otites et mastoïdites qui s'étendaient autrefois à l'articulation temporo-maxillaire. Il en est de même des complications des maladies générales de l'enfance qui se soldaient par des otites et mastoïdites graves.

Les traumatismes par manoeuvre de Moriceau n'existent pratiquement plus.

Il n'en est pas de même des autres traumatismes du jeune âge. Les accidents de la circulation sont, en effet, de plus en plus nombreux.

Les fractures des régions condyliennes seront recherchées systématiquement. Leur traitement précoce s'impose. Une réduction manuelle, sous anesthésie générale, avec blocage intermaxillaire pour rétablir l'articulé dentaire, semble à cet âge la meil-

leure thérapeutique.

Un blocage de deux semaines est habituellement suffisant au rétablissement d'une fonction masticatoire normale, sans séquelles graves.

Le traitement chirurgical au niveau du trait de fracture, dans la région condylienne, est à déconseiller, sauf indication exceptionnelle (fracture ouverte, par exemple).

Les traitements physiothérapiques ne seront entrepris qu'en cas d'absolue nécessité. Ils ne devront être mis en oeuvre que par des praticiens rompus à ces méthodes, afin d'éviter des accidents secondaires aussi imprévisibles qu'irrémédiables.

Le traitement proprement dit

Le premier souci du chirurgien est de rétablir un articulé dentaire normal, permettant une mastication suffisante.

Le second doit viser à rendre une symétrie aussi parfaite que possible à l'étage inférieur de la face.

Avant la fin de la croissance:

- les ankyloses temporo-maxillaires associées, qui sont traitées dès l'âge de 4 ou 5 ans par résection du bloc de synostose, afin de permettre une ouverture buccale ;

- des extractions sélectives sont souvent indiquées : dents de lait gênant l'évolution des germes définitifs, germectomies de prémolaires définitives, pour gagner de la place sur les arcades dentaires encombrées, extraction de germes de dents de sagesse en position ectopique.

De fait, cette longue période est avant tout celle qui doit être consacrée à l'orthopédie dento-

faciale. Elle permet d'améliorer l'articulé dentaire en luttant contre les malpositions. Les différents moyens à notre disposition, prothèses fixes ou mobiles, sont mis en oeuvre en fonction de l'ampleur des malformations. Dans certains cas, il est impossible de récupérer une fonction masticatoire normale. Le traitement, loin d'être inutile, permet de préparer les interventions chirurgicales.

Elles sont réalisées à la fin de la croissance.

La thérapeutique à envisager est totalement différente en fonction de l'occlusion.

a)- Elle est anormale.

Il est, autant que faire se peut, impérieux de l'améliorer. Une ou plusieurs ostéotomies sont habituellement indiquées.

Leurs formes et leurs sièges sont variables en fonction de la malformation. Elles ne sont décidées qu'après étude de téléradiographies de face et de profil complétées par des modèles d'études mis en articulateur.

Ainsi, dans le cas de latéro-déviations s'étendant au bloc incisif, l'ostéotomie contro-latérale en marche d'escalier de Dufourmental, ou encore une ostéotomie de la branche horizontale au niveau des molaires ou des prémolaires, avec greffe osseuse et ostéotomie compensatrice au niveau de la branche montante du côté opposé, pour éviter une rotation anormale du condyle.

Certains cas sont justiciables d'une ostéotomie bilatérale au niveau des angles mandibulaires ou des branches horizontales. Quelquefois, on est amené à intervenir sur l'arcade dentaire supérieure, pour corriger une pro-alvéolie incisivo-canine associée.

Ces interventions, outre l'amélioration de

l'articulé qu'elles provoquent, agissent en même temps sur l'asymétrie faciale qui se trouve améliorée.

b)- L'occlusion est normale.

Le chirurgien ne doit agir que sur l'asymétrie faciale. Suivant l'ampleur du désordre esthétique, une ou plusieurs interventions sont indiquées. Citons les greffes osseuses de comblement, au niveau de la région mentonnière ou des branches horizontales. Les greffons sont mis en place par voie endo ou exo-buccale, la première voie ne laissant aucune cicatrice.

Les grandes asymétries sont parfois justiciables d'une résection du bord basilaire de la branche horizontale du côté sain. La greffe obtenue est transposée sous le bord basilaire du côté atrophié.

Les dépressions cutanées associées sont traitées par greffes dermo-épidermiques prélevées sur l'abdomen, au niveau d'une cicatrice d'appendicectomie, par exemple. Elles sont parfois sujettes à des résorptions partielles. Il est possible de les remplacer par des greffes pédiculées musculaires, prélevées au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Dans toutes les greffes de comblement, nous préférons les matériaux autogènes prélevés sur le patient. Ils sont mieux tolérés que les différents matériaux alloplastiques dont la liste s'allonge chaque année et qui, tôt ou tard, tendent à s'éliminer.

Les ptoses jugales sont justiciables d'une paréiopexie unilatérale, du type de celles qui sont utilisées dans le traitement des rides.

Les patients, traités dans un premier temps pour correction d'un trouble de l'occlusion par ostéotomie et chez qui persiste une asymétrie résiduelle, sont justiciables de greffes de comblement ou d'une des autres techniques décrites.

Même corrigées, ces asymétries entraînent habituellement des boîteries articulaires avec subluxation chronique à l'ouverture buccale du condyle normal ; à la longue, ces microtraumatismes répétés provoquent des phénomènes d'arthrite chronique et d'arthrose. Ces lésions sont à traiter comme une arthrite ou une arthrose ayant une autre étiologie, chapitre que nous aborderons bientôt.

B/- LES HYPERTROPHIES CONDYLIENNES.

De nombreux auteurs leur donnent le nom d'épiphysites.

Ces affections, le plus souvent unilatérales, quelquefois bilatérales, surviennent au cours de la croissance, exceptionnellement à l'âge adulte.

Le condyle ou les deux condyles croissent anormalement en longueur ou en volume, provoquant des déformations variables selon les cas.

Ainsi, dans les lésions unilatérales, il peut peut se produire :

1- un allongement progressif de la branche montante, ce qui entraîne:

. soit une béance molaire et prémolaire du côté de la lésion ;

. soit, si les dents de l'hémi-arcade supérieure s'extrusent progressivement, un abaissement du plan d'occlusion du côté atteint.

2- une augmentation de longueur et de hauteur de l'ensemble de l'hémi-arcade du côté de la lésion, avec déviation du côté opposé de la pointe du menton, associée ou non à une augmentation de hauteur et de volume de la branche horizontale.

Les lésions bilatérales peuvent provoquer des prognathismes plus ou moins asymétriques.

L'étiologie de ces lésions est difficile à préciser. CERNEA et COMMISSIONAT écrivent que les hypertrophies condyliennes constituent un véritable syndrome aux causes multiples, contractant des rapports pathogébiques avec les arthrites et les arthroses temporo-maxillaires, les tumeurs bénignes des os, l'acromégalie, certaines ostéopathies fibreuses, les angiomes de la face, les épiphysites, les ostéomes du condyle.

Traitement

Il consiste avant tout à neutraliser la cause des lésions quand elles sont connues.

Ainsi, une acromégalie est justiciable d'un traitement médical ou chirurgical de l'adénome hypophysaire.

Si aucune étiologie n'est découverte, les lésions seront traitées pour leur propre compte.

Les déformations peu importantes sont justiciables :

- de meulages dentaires sélectifs,
- d'extractions sélectives,
- de traitement d'orthopédie dento-faciale,
- de prothèses.

Ces divers procédés n'ont qu'un seul but : améliorer l'articulé dentaire, pour empêcher ou retarder l'apparition des arthrites ou arthroses temporo-maxillaires qui ne manquent pas de se produire tôt ou tard.

Les déformations importantes sont traitées :

1- par condylectomie précoce, surtout quand il y a perte de l'occlusion au niveau des deux hémiarcades du côté de la lésion.

L'ablation du condyle hypertrophique permet de rétablir un articulé correct, avant que l'hémi-

arcade supérieure ne se soit abaissée.

L'intervention doit être suivie d'un blocage intermaxillaire, puis de tractions élastiques jusqu'à obtention d'un bon articulé et d'une fonction masticatoire normale.

2- par résection à la demande au niveau du bord basilaire, pour corriger l'asymétrie faciale résiduelle, s'il en existe une.

3- par condylectomie double, dans les prognathismes dus à des hypertrophies bilatérales (Léon DUFOURMENTAL).

Cette intervention est complétée par un blocage bimaxillaire, pour rétablir un articulé dentaire correct.

Dans les deux cas, la longueur de la tête réséquée doit être exactement calculée sur modèles d'étude et téléradiographie, une résection approximative pouvant être source de troubles masticatoires sérieux.

Il en résulte des arthrites temporo-maxillaires secondaires qui gênent la mastication par l'obtention d'un mauvais articulé.

Ces troubles surviennent quand la hauteur réséquée est insuffisante.

C/- ARTHRITES CHRONIQUES.

Nous ne reprendrons pas ici l'étude détaillée de ces lésions, qu'il s'agisse :

- d'arthrites chroniques infectieuses,
- de polyarthrite rhumatoïde,
- de spondylarthrite ankylosante,
- de rhumatisme psoriasique ou allergique.

Le traitement est avant tout médical.

Certaines lésions peuvent guérir définitivement

grâce à la thérapeutique prescrite.

D'autres s'aggravent inexorablement et aboutissent progressivement à l'arthrose - Nous en reparlerons ultérieurement.- ou à une constriction progressive des mâchoires.

Quand l'ouverture buccale devient insuffisante, un traitement chirurgical s'avère nécessaire.

Dans ces cas, nous considérons avec plusieurs auteurs que la méniscectomie est contre-indiquée.

Dans les jours qui suivent l'intervention, une amélioration passagère est habituellement constatée, mais peu à peu la maladie reprend son évolution. Elle aboutit à une ankylose temporo-maxillaire. Le ménisque semble jouer un rôle d'écran qui évite ou retarde, dans ces formes, la synostose complète.

Deux techniques chirurgicales restent possibles:

1- La résection de la partie haute de la tête condylienne, en respectant le ménisque comme le préconise Ward, semble donner de bons résultats au moins temporaires.

2- La résection de la tête condylienne, qui peut ou non être remplacée par une interposition.

La résection de la tête provoque une latéro-déviation du côté de l'intervention, associée ou non à une légère béance.

Le blocage intermaxillaire en occlusion (trois semaines environ), suivi de tractions élastiques entre les repas, évite cet inconvénient et permet de rendre au patient une fonction masticatoire normale.

Si les tractions ne sont pas maintenues assez longtemps, 5 à 6 semaines minimum, l'occlusion centrique peut être normale ; mais à l'ouverture buccale la mandibule dévie du côté de la lésion.

Pour éviter ces inconvénients et une récidive toujours possible, de nombreux auteurs mettent une interposition à la place de la tête réséquée, comme dans une ankylose temporo-maxillaire.

Ainsi, AUBRY et PALFER utilisent une pièce d'acryle.

POPESCO visse sur le moignon restant une véritable tête en acryle.

Le tantale et de nombreux autres matériaux allogènes ont été utilisés.

Parmi les matériaux biologiques utilisés, citons le cartilage costal utilisé par Léon DUFOURMENTEL et Edward GHINDS et A. HARULD SILLS ; le derme, par FRANCHEBOIS et NICHOLAS G. GEORGIADE.

DINGMAN met en place une néo-articulation par greffe de métatarsien.

Dans le Service de Chirurgie maxillo-faciale et plastique de l'Hôpital Foch, nous restons fidèles aux greffes de cartilage de veau congelé et conservé à la banque à -20 degrés Centigrades, telles que GINESTET en avait décrit la technique (DUPUIS, MERVILLE).

D/- LES LUXATIONS ANTÉRIEURES DYNAMIQUES SANS BLOCAGE.

BERCHER et FRIEZ les appellent luxations physiologiquement réductibles ; elles correspondent aux luxations habituelles ou continues décrites par SEBILEAU. Elles provoquent à bas bruit une arthrose temporo-maxillaire, raison pour laquelle nous en parlons juste avant cette affection.

Elles répondent à une perte habituelle des rapports normaux du condyle et du temporal dans les larges mouvements d'ouverture buccale de 5 à 6 cm. (FRIEZ).

. Dans les mouvements d'ouverture buccale sans excès, il s'agit le plus souvent d'une subluxation sans blocage.

Ces cas sont fréquents et longtemps bien tolérés ; mais peu à peu des douleurs apparaissent, suivies de craquements, témoins d'altérations méniscales.

Leur traitement n'est jamais chirurgical d'emblée.

Il s'agit avant tout :

1)- de rétablir un articulé dentaire correct, grâce à :

- un traitement orthodontique, chez les jeunes et parfois chez les jeunes adultes ;

- des meulages sélectifs, pour obtenir une bonne occlusion ;

- un appareillage complet ou partiel, pour éviter le manque d'appui postérieur que l'on observe trop souvent après extraction de molaires et de prémolaires ;

- la réfection des bridges ou des couronnes, pour rétablir une hauteur d'occlusion normale.

A cette thérapeutique fonctionnelle capitale, doivent s'ajouter :

- les extractions de dents ectopiques, en malposition ou surnuméraires, quand elles viennent perturber l'occlusion ;

- les traitements médicaux en cas de douleurs :

. généraux : iode et soufre,
antalgiques ;

. locaux : diathermie,
radiothérapie à faible dose,
injections intra-articulaires ou périarticulaires, prônées par certains, déconseillées par les autres.

2)- de corriger les troubles de la déglutition.

La thérapeutique fonctionnelle - CAUHEPE - doit être mise en oeuvre pour compléter des méthodes classiques que nous venons d'énumérer rapidement.

Cette thérapeutique médicale et orthopédique est habituellement couronnée de succès. Mise en oeuvre dès que les troubles sont diagnostiqués, elle empêche ou retarde l'apparition des arthroses temporo-maxillaires, évite les douleurs ou permet de les supprimer.

Dans un petit nombre de cas, un traitement chirurgical devient nécessaire : 3 à 4 %,

- pour traiter :
  . les douleurs qui vont en augmentant,
  . les craquements qui s'intensifient ;
- pour réduire une luxation qui peut se bloquer inopinément ;
- pour lever une limitation d'ouverture buccale qui persiste.

Le traitement chirurgical est, répétons-le, exceptionnel. Mais ici, la transposition vers l'arrière de l'insertion supérieure du ligament temporo-mandibulaire, préconisée par Bruce C. MARTIN, nous semble particulièrement indiquée (DUPUIS).

E/- LES ARTHROSES TEMPORO-MAXILLAIRES.

Les arthroses, appelées encore ostéo-arthropathies dystrophiques ou dégénératives par les auteurs allemands ou déformantes par les auteurs anglais, ont été définies par COSTE et LACEPEDE comme des affections chroniques non inflammatoires des articulations. Elles sont caractérisées anatomiquement par des lésions cartilagineuses avec production d'ostéophytes

et de chondrophytes. Elles provoquent cliniquement des douleurs, des craquements, de l'impotence sans ankylose. Elles s'objectivent par des déformations mises en évidence par les examens radiologiques.

Ces lésions peuvent atteindre toutes les articulations.

C'est la plus fréquente des lésions de l'articulation temporo-maxillaire. Elles sont presque toujours frustes. Elles atteindraient 25 à 50 % des humains au-dessus de 25 ans.

Tous les auteurs retrouvent une prédominance marquée de l'affection chez la femme (63 %, RANTENEN; 82 %, FAGEOL).

L'affection donne le plus souvent des troubles unilatéraux, mais les lésions sont, de fait, souvent bilatérales.

FRIEZ et SCHUMANN ont, à juste titre, insisté sur le rôle joué par les troubles de l'articulé dentaire. Leurs corrections sont absolument capitales, aussi bien dans le traitement prophylactique que curatif de leurs symptômes. Institués précocement, ils permettent de soulager 95 % des malades.

La chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire ne devient donc une nécessité que dans un petit nombre de cas. Elle ne doit être que le complément des traitements médicaux ou orthopédiques.

Etudions les différentes techniques mises à notre disposition.

A)- Traitement prophylactique.

B)- Traitement proprement dit :

1- La méniscectomie.

Cette intervention était autrefois la seule

dont nous disposions. La plupart des auteurs qui l'ont utilisée ont enregistré des succès dans les formes avec craquements importants.

Par contre, ils signalent un pourcentage plus ou moins grand d'échecs dans les formes douloureuses isolées.

2- Arthroplastie intracapsulaire.

Cette technique est ancienne. Elle avait été décrite vers 1930 par Léon DUFOURMENTEL, pour traiter l'ankylose temporo-maxillaire ; mais rapidement cet auteur préférait, pour éviter les récidives, utiliser des résections avec interposition de cartilage costal.

Elle a été reprise ces dernières années par O. DINGMAN et W. GRABB pour traiter les arthroses. Ces auteurs, après avoir mis en place une anse trans-osseuse au niveau de l'angle mandibulaire pour exercer une traction sur la branche montante vers la base, pratiquent une arthrotomie sous-méniscale. Grâce à la traction, il est possible d'examiner la tête condylienne ; dans léser le ménisque, ils régularisent le condyle et résèquent les ostéophytes ou chondrophytes qu'ils peuvent rencontrer. Après lavage au sérum physiologique pour éliminer tous les débris ostéo-cartilagineux, la capsule articulaire est refermée, ainsi que les différents plans sus-jacents.

La mandibule est mise au repos pendant quelques jours.

Dans 7 cas sur 9, ces auteurs auraient obtenu une amélioration durable ; mais des récidives sont possibles.

3- Résection parcellaire de la tête condylienne.

WARD préconise une intervention respectant également le ménisque, mais il procède à l'ablation de la partie haute du condyle intra-articulaire, ensuite il remodèle la surface articulaire, ce qui a pour

effet de diminuer un peu sa hauteur. Les résultats obtenus seraient excellents.

4- Ostéotomie sous-condylienne.

Le même auteur préconise, dans les formes frustes, douloureuses, sans atteinte articulaire grave et après échec de la thérapeutique orthopédique fonctionnelle, une ostéotomie sous-condylienne basse extra-articulaire en bois vert, oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Cette technique aurait pour effet de diminuer un peu la hauteur de la branche montante sans toucher à l'articulation, en supprimant les compressions articulaires anormales qui seraient causes des douleurs. Nous savons que cette anomalie est fréquente à la suite de caries ou d'extractions dentaires, et encore plus chez les patients porteurs de prothèses mal calculées.

L'auteur réaliserait cette intervention avec facilité avec une scie de Gigli. Les résultats obtenus seraient très encourageants.

CONCLUSIONS

Une majorité d'auteurs sont d'un avis à peu près unanime quand il s'agit de traiter les lésions aiguës de l'articulation temporo-maxillaire. Sauf exception, le traitement des arthrites aiguës est médical. Mais les arthrotomies sont nécessaires pour drainer une collection suppurée constituée.

Les contusions articulaires sont justiciables de l'immobilisation temporaire de l'articulation, puis d'une mobilisation active et passive pour éviter l'apparition d'une limitation d'ouverture buccale ou d'une ankylose.

Les fractures articulaires sont, dans la majorité des cas, traitées par blocage intermaxillaire faisant suite à des tractions élastiques.

Les traitements chirurgicaux restent exceptionnels. Dans ces cas, l'ablation de la tête condylienne est habituellement préférée aux synthèses et à la pose de broches.

Dans les luxations, la réduction manuelle est utilisée par tous les auteurs quand elle est possible. Dans le cas contraire, la méniscectomie est habituellement préférée à la méniscopexie.

Dans les luxations-fractures, le blocage bimaxillaire est la règle dans la majorité des cas. Font exception les luxations en avant et en dehors qui nécessitent la résection de la tête condylienne.

Les luxations en dedans ne sont opérées qu'en cas de constriction secondaire, ce qui est exceptionnel.

Dans les luxations bloquées, la résection de la tête condylienne déplacée s'impose. Elle doit impérativement être suivie de tractions intermaxillaires pour remettre la mandibule en bonne position.

Dans les luxations récidivantes, outre la réhabilitation d'un articulé dentaire fonctionnel, qui est capital pour toute articulation temporo-maxillaire, les différents auteurs se divisent entre partisans :

- des injections intra ou extra-articulaires,
- des méniscectomies,
- des butées.

Chaque auteur prône la méthode qu'il utilise habituellement et affiche de bons résultats.

Avec DUPUIS, nous pensons que la méniscectomie est bonne si elle est totale. A cette condition, le fonctionnement post-opératoire de la mandibule est pratiquement normal sans séquelles.

Les butées peuvent être excellentes, mais peuvent causer des échecs.

La transposition vers l'arrière du ligament temporo-mandibulaire de Bruce C. MARTIN devrait être une technique valable sans méniscectomie, à condition que le ménisque ne soit pas en cause.

Dans les lésions chroniques,

Les atrophies et agénésies condyliennes sont justiciables d'un traitement orthopédique jusqu'à la fin de la croissance, puis d'un traitement chirurgical qui est variable : greffes osseuses et ostéotomies étant réalisées en fonction des téléradiographies et des modèles d'études des arcades dentaires mises en articulateur.

Les hypertrophies condyliennes sont justiciables de résection des condyles hypertrophiés et, si besoin, d'ostéotomie pour réséquer les portions des maxillaires créant des asymétries faciales.

La réhabilitation de l'articulé dentaire est toujours indispensable pour compléter ces interventions.

Les arthrites chroniques sont avant tout justiciables de traitements médicaux. Si, malgré ces thérapeutiques, une limitation d'ouverture buccale s'installe, une méniscectomie est contre-indiquée. Cette intervention aggrave l'évolution des lésions qui peuvent se transformer en ankylose temporo-maxillaire.

En cas de constriction, la seule thérapeutique possible reste donc la résection condylienne partielle ou totale, de préférence avec interposition pour maintenir la hauteur de la branche montante et éviter le risque de récidive.

Les luxations antérieures dynamiques sans blocage sont traitées avant tout par la réhabilitation de l'articulé dentaire. En cas d'échec, ou si le traitement s'avère insuffisant, ce qui est rare, nous conseillons la transposition vers l'arrière de l'insertion supérieure du ligament temporo-ligamentaire externe.

Les arthroses temporo-maxillaires sont presque toujours traitées par la thérapeutique fonctionnelle et médicale. En cas d'échec, nous ne possédons comme thérapeutique que la méniscectomie et la résection de la tête condylienne. S'y ajoutent peu à peu des interventions plus conservatrices, parmi lesquelles nous citerons particulièrement :

- l'arthroplastie intra-capsulaire,

- la résection parcellaire de la partie haute de la tête du condyle,

- l'ostéotomie sous-condylienne oblique en

bois vert pour diminuer la hauteur du condyle et limiter les pressions intra-articulaires nuisibles.

Mais nous ne voudrions pas qu'une articulation temporo-maxillaire atteinte d'un dysfonctionnement soit systématiquement "victime" d'une intervention chirurgicale. Le pourcentage d'interventions n'est indiqué que dans 5 à 7 % des cas.

La majorité des patients restent justiciables avant tout des thérapeutiques médicales et fonctionnelles associées, instituées précocement pour bénéficier d'une parfaite efficacité.

VU & PERMIS D ' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

M. AUBRY

B I B L I O G R A P H I E

AUBRY M., BERTHET-BUDIN J. et PILLET - Traitement chirurgical d'un cas d'ankylose temporo-maxillaire. - Rev. Odont. Stomat. max.-fac., Juin 1947, 3, n° 6, 109-213.

BENOIT P., MICHELET F.W., GIRONET J. et REINETTE L.- Sur un cas de microgénie mandibulaire associée à une constriction des mâchoires opérée une première fois sans succès (post-traumatique).- Bordeaux Chir., Avr. 1966, n° 2, 103-104.

CERNEA P., CREPY Cl. et BENOIST M.- A propos du traitement des ankyloses temporo-maxillaires.- Rev. Stomat., Janv.-Fév. 1963, 64, n° 1-2, 73-78.

DAVIDSON A.S.- La condylectomie intra-auriculaire.- Brit. J. Plast. Surg., Avr. 1955, 8, n° 1, 64-67.

DINGMAN R.O.- La méniscectomie dans le traitement des lésions de l'articulation temporo-maxillaire.- J. Oral Surg., Avr. 1952, 10, n° 2, 141-142, 2 fig.-

DINGMAN R.O. et MOORMAN W.C.- La méniscectomie dans le traitement des lésions de l'articulation temporo-mandibulaire.- J. Oral Surg., Juil. 1951, 9, n° 3, 214-224, 5 fig.-

DINGMAN R.O. et GRABB W.C.- Arthroplastie intracapsulaire de l'articulation temporo-mandibulaire.- Plast. Reconstr. Surg., Sept. 1966, 38, n° 3, 179-185, 6 fig. (Bibliogr.).

DUMAS P.- Les résines dans la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire.- Rev. Stomat. (XVIIe Congrès Franç. Stomat. Paris, 23-29 Oct. 1961), Juin 1962, 63, n° 6, 521-522.

DUPUIS A.- Interventions au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Indications, technique, résultats. (Luxation - Constriction).- Rev. Franç. Odonto-stomat., Mars 1968, 15, n° 3, 333-336.

FINDLAY I.A.- Intervention limitant un déplacement excessif des condyles.- J. Oral Surg., Mars 1964, 22, n° 2, 110-117. (Bibliogr.).

FRANCHEBOIS P. et SOUYRIS F.- Technique d'arthroplastie à la peau désépidermisée dans le traitement des ankyloses temporo-maxillaires.- Ann. Chir. Plast., Mars 1968, 13, n° 1, C.P. 30 - C.P. 36, 6 fig. (Bibliogr.).

FREIDEL C., DEPLAGNE H., BERTOIN P. et MATHIEU L.- La méthode de Ward dans le traitement de l'ankylose temporo-maxillaire.- Rev. Stomat., Sept. 1965, 66, n° 9, 517-521.

GEORGIADE N.G.- Correction chirurgicale du dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire par greffes dermiques autogènes.- Plast. Reconstr. Surg., Juil. 1962, 30, n° 1, 68-73. (Bibliogr.).

GEORGIADE N., ALTANY F. et PICKRELL K.- Evaluation expérimentale et clinique des greffes dermiques autogènes employées dans le traitement de l'an-

kylose de l'articulation temporo-mandibulaire.- Plast. Reconstr. Surg., Avr. 1957, 19, n° 4, 321-336, 7 fig. (Bibliogr.).

GINESTET G.G. et MOULINARD J.- La méniscectomie temporo-maxillaire.- Rev. Stomat., Mai-Juin 1943, 44, n° 5-6, 61-64, 2 fig.-

GOTTLIEB O.- L'arthroplastie temporo-mandibulaire.- Oral Surg., Avr. 1956, 9, n° 4, 362-370, 6 fig. (Bibliogr.).

HINDS E.C. et SILLS A.H.- L'arthroplastie par blocage des cartilages pour la correction des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire.- Am. J. Surg., Déc. 1959, 98, n° 6, 787-795, 11 fig. (Bibliogr.).

HUSTED E.- Les affections chirurgicales de l'articulation temporo-mandibulaire.- Acta Odont. Scand., Sept. 1956, 14, n° 2, 119-151. (Bibliogr.).

LENART V. (Mme) - Nos réflexions sur la thérapeutique conservative chirurgicale des arthropathies temporo-mandibulaires.- Rev. Stomat., Janv.-Fév. 1966, 67, n° 1-2, 1-4.

LEWIS G.K.- Les affections chirurgicales de l'articulation temporo-mandibulaire.- Internat. Surg. Dig., Avr. 1955, 59, n° 4, 228-233.

LONGACRE J.J. et GILBY R.F.- L'emploi de greffe cartilagineuse autogène dans l'arthroplastie pour ankylose vraie de l'articulation temporo-maxillaire.- Plast. Reconstr. Surg., Avr. 1951, 7, n° 4, 271-287, 17 fig. (Bibliogr.).

MARTIN B.C., TRABUE J.C. et LEECH T.R.- Le traitement

chirurgical des dérangements chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire.- Plast. Recons. Surg., Fév. 1957, 19, n° 2, 131-136. (Bibliogr.).

MAYER D.- A propos de l'excision du disque articulaire dans les cas d'arthropathie déformante de l'articulation temporo-mandibulaire.- Deutsche Zahn. Zschr., 1er Juin 1964, 19, n° 6, 556-560. (Bibliogr.).

PALFER-SOLLIER M.- L'arthroplastie modelante avec cavité glénoïde acrylique dans l'ankylose temporo-maxillaire.- 28mes Journées dentaires de Paris, Séance du 27 Nov. 1954 - Rev. Franç. Odonto-stomat., Juin-Juil. 1955, 2, n° 6, 781-791, 22 fig.-

PERKO M.- Articulation temporo-maxillaire et occlusion en chirurgie maxillaire.- Schweiz. Mschr. Zahn., nov. 1967, 77, n° 11, 959-968, 6 fig. (Bibliogr.).

RANKOW R.M. et NOVACK A.J.- La condylectomie et la méniscectomie à travers le méat.- Arch. of Otolaryng., Déc' 1959, 70, n° 6, 703-706.

SKALOUD F.- Le traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par la mise en place d'une tête articulaire métallique.- Deutsche Zahn. Mund. u. Kieferh., 1953, 19, n° 3/4, 121-126, 6 fig.-

TRAUNER R.- Les opérations sur l'articulation temporo-maxillaire avec considération particulière des opérations intéressant le ménisque.- Deutsche Zahn. Zetisch., 1er Janv. 1950, 5, n° 1, 5-14, 3 fig. (Bibliogr.).

VAN OMMEN B.- Le cartilage réfrigéré dans le traitement des ankyloses et des arthropathies temporo-mandibulaires.- Rev. Stomat., Oct.-Nov.1958,

59, n° 10-11, 763-765. (Bibliogr.).

WHINERY J.G.- Résection bilatérale du col du condyle mandibulaire après dislocation de longue durée.- J. Oral Surg. Anesth., sept. 1961, 19, n° 5, 432-435.

GEORGIADE N.- The surgical correction of chronic luxation of the mandibular condyle.- Plast. reconstr. surg., 1965, 36, n° 3, 339-342.

RAMON J. et BUCHNER A.- Unilateral overgrowth of the mandible due to hyperactive candylar growth.- Brit. J. plast. surg., 1965, 18, n° 4, 428-431.

WALTE D.- Disorders of the temporo-mandibular joint.- Plast. Reconstr. Surg., 1964, 34, n° 2, 186-191.

KIEHN Cl. L. et DESPREZ J.D.- Meniscectomy for internal derangement of temporo-mandibular joint.- Brit. J. Plast. Surg., 1962, 15, n° 2, 199-204.

GINWALLA M.S.N.- Subluxation of the temporo-mandibular joint. A method of surgical treatment. A preliminary report.- Plast. Reconstr. Surg., 1962, 1962, 30, n° 5, 600-606.

A fifteem years experience with temporo-mandibular joint disorders. Evaluation of 140 cases. Redd O. DINGMAN et Erikos CONSTANT, dans P.R.S., vol. 44, Aug. 1969.

CERNEA P., CREPY C., BENOIST M.- Les ankyloses temporo-maxillaires post-traumatiques.- Revue du Praticien, 21-7-1967, p. 3013.

DAUTREY J.- Traitement de la luxation temporo-maxillaire par butée osseuse de voisinage.- La Clinique, n° 644, Juin 1968.